

CONSULTA EN SALA

# " La Musicoterapia en el paciente ortopédico y traumático con síntomas psicósomáticos "



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

*Universidad del Salvador*  
Lic. en Musicoterapia

Cátedra: Seminario de Investigación.

Alumna: **Andrea Gordó**

Noviembre - 2000

# "Donde cesa el lenguaje comienza la música"

Soreen Kierkegaard



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

# INDICE

## Capítulo I: Introducción: Hipótesis

- I.1.- Planteamiento del problema.
- I.2.- Significado del problema.
  - I.2.1.- Una cuestión cultural...
  - I.2.2.- La mayoría de los médicos traumatólogos enfocan la patología desde lo físico sin considerar los aspectos emocionales en relación al síntoma.
  - I.2.3.- Realidad de las obras sociales. Diagrama de derivación.
  - I.2.4.- Desde una mirada preventiva.
- I.3.- Objetivo de la investigación.
- I.4.- Supuestos teóricos en que se apoya.
  - I.4.1.- "La música en terapia".
  - I.4.2.- Salud-Enfermedad: una tendencia a ...
  - I.4.3.- Somatizaciones: "una mirada psicosomática de los síntomas ortopédicos traumáticos.
  - I.4.4.- El cuerpo: una herramienta de trabajo.
  - I.4.5.- Aportes de las neurociencias.
  - I.4.6.- Transferencia y Contratransferencia.
  - I.4.7.- El lenguaje verbal.
  - I.4.8.- La relajación corporal.
  - I.4.9.- El engaño de las emociones.
  - I.4.10.- Postura del médico traumatólogo que deriva pacientes a Musicoterapia. Entrevista al Dr. Repetto.

USAL

## Capítulo II: Marco teórico

NIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

- II.1.- Historia de la música como medio terapéutico.
- II.2.- El poder afectivo de la música.
- II.3.- Musicoterapia receptiva.
- II.4.- La función musical receptiva.
- II.5.- La función musical expresiva.
- II.6.- Afecto y música.
- II.7.- Musicoterapia analítica.
- II.8.- Teoría simbólica de la música.
- II.9.- La eutonía.
- II.10.- El lenguaje del cuerpo.
- II.11.- La relajación.
- II.12.- Síntomas y lenguaje popular.
- II.13.- La integración del cuerpo en el abordaje musicoterapéutico.
- II.14.- Teoría de la Gestalt.
- II.15.- El discurso sonoro.

## **Capítulo III: Esquema de la investigación**

III.1.- Metodología de trabajo.

III.2.- Técnica de evaluación y análisis de casos

III.3.- Herramientas y elementos de trabajo.

## **Capítulo IV: Presentación, análisis e interpretación de los casos**

IV.1.- Los casos de los pacientes.

IV.2.- El análisis y la interpretación de los casos.

## **Capítulo V: Conclusiones**

V.1.- Conclusión.

V.2.- Sugerencias para futuras investigaciones.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## **Capítulo VI: Sección de Referencias**

VI.1.- Bibliografía

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

A partir de mi llegada a la ciudad de San Carlos de Bariloche en el año 1992, tuve la posibilidad de acceder a un espacio en el Centro Traumatológico Bariloche donde comencé mi práctica musicoterapéutica en dicho Centro con pacientes derivados por el Dr. Repetto que presentaban diversas patologías ortopédicas y traumáticas.

Tales dolencias estaban relacionadas a contracturas y dolores recurrentes; traumatismos fuertes y reinincidentes; síntomas que no respondían favorablemente a los tratamientos farmacológicos y kinésicos tradicionales; enfermedades que atacaban el sistema inmunológico del paciente como es el caso de la artritis reumatoidea y pacientes donde la influencia de los factores emocionales eran decisivos en su rehabilitación.

Sobre esta población es que oriento mi investigación: pacientes neuróticos, adolescentes y adultos con síntomas ortopédicos o traumáticos agudos, que con tratamiento de Musicoterapia lograron elaborar las causas de los mismos encontrando otra manera de expresarse; disminuir la frecuencia de los síntomas y en casos irreversible, vivir la enfermedad de manera más estable.

Dentro del abordaje en Musicoterapia propuesto, el cuerpo ocupa un lugar prioritario dado que son sus partes las afectadas por lesiones, dolores o descuidos y esta mirada es el punto de inicio del tratamiento. Este comienzo, le da al paciente la posibilidad de preguntarse a sí mismo, de interesarse por "la escucha" de su sentir y de los mensajes emitidos por su cuerpo.

Es aquí donde interviene la Musicoterapia con técnicas específicas ofreciendo "una experiencia sensible" en un escenario corpóreo-sonoro-musical-relacional que le permitirá conectarse con sus afectos, sus emociones y aspectos de su personalidad, a veces conocidos, pero no manejados.

Tomando al ser humano como unidad psicofísica sostengo que no es la mente quien enferma al cuerpo ni viceversa como si se tratara de entidades diferentes; sino que ambos son respuestas al conflictos del ser total, unitario.

Generalmente, los síntomas orgánicos actúan como "primera señal de alarma" ante un conflicto inconciente, o como "mensajes en clave" enviados a uno mismo como manifestación de una situación existencial.

Entre los dichos escuchados de los pacientes atendidos en el Centro Traumatológico aparecen frases como "me pesa", "me siento terriblemente cargada", "yo soy la que tiene que poner los hombros y la cara" encontrando el equivalente en dorsalgias y cervicalgias o dolores de espalda generalizados no refiriéndose al cansancio por el trabajo de cargar peso, sino a la "sobrecarga" con que se asumen responsabilidades que exceden la propia capacidad.

También es común escuchar "justo cuando estaba recuperado en el primer partido me rompí la otra rodilla", "yo no se por qué es el dolor, me aparece de golpe" "me duele tanto"... A veces aparece en corto tiempo un esguince de tobillo, luego a una luxación de hombro y nuevamente la otra rodilla expresando indudablemente alguna otra problemática.

Por otro lado, sostengo que la experiencia musical, proyectivamente, le permite al ser humano conectarse con otras partes de su persona negadas o bloqueadas y expresarlas vivencialmente.

Es la música quien tiene la capacidad de evocar situaciones, recuerdos o sentimientos. Al escuchar música podemos alegrarnos, serenarnos, agitarnos, podemos sentir miedos y angustias, imaginar y proyectar.

La música permite:

**Movilizar y Descubrir:** por su capacidad de conmover, emocionar, evocar y provocar.

**Disfrutar:** al escucharse a sí mismo, sus propios silencios, sensaciones y emociones.

**Construir:** mediante el hacer musical, creativamente, una nueva vivencia.

Música como mediadora de los afectos...

Música como vínculo y código de comunicación...

Música como reflejo de emociones...

Música como silencio interior...

Música más allá de las palabras...



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## HIPOTEIS:

*mal*

*focalizados en los componentes no verbales, como musicalidad de la c. 4*

**"La intervención de la Musicoterapia en el abordaje del paciente ortopédico traumático con síntomas psicosomáticos, favorece la elaboración de las causas del síntoma desde el mismo paciente, su atenuación y la profundización diagnóstica, disminuyendo en la mayoría de los casos, la repetición de los mismos".**

*del síntoma*



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR



## **I.1.- EL PROBLEMA:**

**“La mayoría de los pacientes con síntomas ortopédicos traumáticos reincidentes, que con la rehabilitación tradicional no evolucionan favorablemente, relacionan únicamente sus dolencias con un síntoma físico, no aceptando un origen psicosomático, atendiendo de esta manera las consecuencias de los mismos y no las causas que los desencadenan.”**

Este problema es el motivo de la poca afluencia de pacientes con estas características a Musicoterapia limitando la práctica y el desarrollo de la misma en este área.

En la mayoría de los abordajes médicos el paciente no se involucra desde lo personal, sencillamente busca fuera de sí mismo justificar su malestar y ofrece gran resistencia a otro tipo de señalamiento.

El tratamiento médico, concluye en forma inmediata a través de prácticas puntuales y conocidas por el común de los pacientes, todos sabemos lo que es una radiografía o una ecografía. No obstante, no atendiendo las causas, origen de síntomas reincidentes, los resultados a largo plazo quedan postergados, agravando generalmente el cuadro manteniendo al paciente y al médico en un círculo orgánico.

A diferencia del anterior, el tratamiento musicoterapéutico no trabaja sobre las consecuencias. Indaga las causas, ahonda más allá de los síntomas manifiestos; comprometiendo al paciente en una búsqueda de sí mismo que le permitirá un cambio, un crecimiento personal y resultados a largo plazo.

Con esto no niego la importancia de la rehabilitación física. Por el contrario, sostengo que sería sumamente productivo y útil, tanto para el paciente como para los profesionales, un abordaje interdisciplinario de estas características aportando métodos y técnica de gran desarrollo profesional y humano.



## 1.2.- SIGNIFICADO DEL PROBLEMA: SUS FUNDAMENTOS

### 1.2.1.- Una cuestión cultural...

En principio, la concurrencia de pacientes a tratamiento de Musicoterapia va más allá del paciente y la derivación del médico. Considero que hay una creencia generalizada en el medio, que determinadas enfermedades se pueden relacionar con personas conflictivas, débiles o con características emocionales especiales. Por ejemplo: de una persona de carácter débil, sí se espera que ande dolorida, contracturada o de una complicada es predecible que se enferme. En cambio, el síntoma agudo tiende a pasarse por alto sin darle demasiada importancia.

También entra en juego qué se entiende por gravedad o qué merece darle mayor atención en el común de la gente, ya que un dolor muscular o un desgarro es algo momentáneo y de cura rápida.

El concepto de enfermedad y salud marca distintos grados a atender y las prácticas a intervenir. Cuando aparece un cáncer no hay práctica terapéutica que alcance y el paciente o el entorno puede preguntarse algo más de ese tumor. La sensación de lo maligno o lo irreversible refiere el peligro de muerte, alerta máxima y a veces se llega tarde para revertir dicha situación.

La pérdida de un ser querido o un accidente movilizan al individuo a replantearse su situación existencial. Pero no ocurre lo mismo ante síntomas agudos que, al tener solución inmediata como hacer reposo, tomar algún fármaco, tolerar un yeso 40 días o una intervención quirúrgica; no se le da otra lectura.

Por lo general, no se trabaja de manera preventiva en cuanto a la posibilidad de un abordaje integral que le permita al paciente acceder a una profundización diagnóstica.

No sólo es su cuerpo el que "tiene algo". Si no se atiende como unidad psicofísica repetirá el síntoma. Esta situación que yo refiero al área física, donde justamente por ser síntomas agudos tienen gran posibilidad de revertirse, es donde más superficialmente se atiende al individuo y por sobre, todo donde más se recorta la concepción del ser humano como totalidad.

El cuerpo es mirado únicamente como materia física y desde allí se interviene.

*Es una afirmación pseudo científica*

### **1.2.2.- La mayoría de los médicos traumatólogos enfocan la patología desde lo físico sin considerar los aspectos emocionales en relación al síntoma.**

Los médicos, desde su formación académica, no le dan importancia a aspectos psicológicos como para que un organismo se enferme, apuntando totalmente a los aspectos biológicos.

En la experiencia compartida he observado diferentes posturas respecto a las dificultades de derivación de pacientes.

Por un lado el médico se siente responsable de la derivación y ésta se relaciona con la posible "pérdida" del paciente de acuerdo al éxito o fracaso del tratamiento.

El médico, por lo general, no deslinda la responsabilidad en disciplinas donde no puede comprobar rápidamente el efecto del tratamiento. A la vez desconoce posibilidades y alcances terapéuticos de nuestra disciplina. Hasta ahora pudo atender a sus pacientes desde "una mirada organicista" sin necesitar ninguna terapéutica que acompañe su intervención, por lo tanto, no es sencillo luego de años de profesión "probar" otra posibilidad de abordaje.

Además es real que si bien la Psicología existe desde el siglo pasado, no está difundida en ciertas áreas de la medicina y sobre todo en relación a individuos neuróticos. El preconceito de que terapia es para "locos" sigue latente en este tipo de especialidades. Paralelamente, al no estar difundido en traumatología un abordaje mente-cuerpo, el mismo no es conocido y en consecuencia no se utiliza.

Al mismo tiempo al ser el abordaje poco tangible, es decir, que no hay un diagnóstico por imagen, ni tratamientos con aparatos ni fármacos de acción o resultado inmediato, no está la convicción de que pueda dar resultado volviéndose poco confiable.

Por lo experimentado en el Centro Traumatólogo Bariloche, de seis médicos traumatólogos, las posturas son muy diferentes. Tres directamente no derivan porque no es su estilo, argumentando que no creen "en esas cosas", o que el paciente es muy resistente a ese tipo de propuesta manejándose con métodos tradicionales sin mostrar otro interés.

Otra postura es aquel que la derivación se da solo en aquellos casos en que el médico nada le queda por probar, son pacientes complicados, reincidentes y duda que el paciente acceda a este tratamiento por lo que en definitiva no pierde nada con proponérselo.

Una tercera actitud es el médico que sí accede a una mirada más global en los casos que merecen y hace cierto intento de derivación, pero el paciente no llega a la entrevista de Musicoterapia.

La última postura es con la que se llegó a concretar esta propuesta de trabajo. Está basada en la convicción de que el paciente a través de sus síntomas está diciendo algo más allá de su cuerpo, "algo del coco" y que hasta que no lo vea y lo resuelva, su cuerpo seguirá emitiendo "señales de alerta" cada vez con mayor intensidad, agresividad o peligrosidad.

Dicha actitud médica, se conecta con el paciente de manera diferente, es decir no sólo leyendo una Imagen de radiografía que dista, en la mayoría de los casos, de mostrar la causa real del síntoma, sino acercándose al paciente de manera sensible y contratransferencial.

### 1.2.3.- Realidad de las Obras Sociales

*no pertinente*

Continuando con el análisis de la secuencia de sucesos que se llevan a cabo para que un paciente llegue a un tratamiento de Musicoterapia (ver diagrama de derivación 1.2.3) especial análisis merece la realidad de las obras sociales.

Más allá de las convicciones personales de los pacientes, el factor económico es uno de esos "filtros" que sin lugar a duda son decisivos, hoy en día, para el inicio del tratamiento.

El tratamiento de Musicoterapia en pacientes agudos, ambulatorios no está reconocido a nivel Nacional por ninguna Obra Social.

Con la crisis socioeconómica vivida en los últimos años, los costos mensuales de una cobertura prepaga ya son altos, para sumarle además un tratamiento sin cobertura ni reintegro siendo una gran carga para el afiliado. A la vez, todas las prácticas realizadas en el Centro Traumatólogo están cubiertas, por lo tanto, cuando este tratamiento no lo cubre parecería que no fuera clínico.

En parte puede ser una excusa para el paciente que no esté totalmente convencido de esta propuesta justificarse con que económicamente no puede sostenerlo, pero es la minoría. La gran mayoría se interesa por una rehabilitación completa con Kinesiología por un lado y Musicoterapia por otro, siendo muy factible, con el apoyo de la obra social, la posibilidad de acceso al tratamiento.

Por otro lado, las veces que intenté ingresar en Obras Sociales obtuve negativas como: dependemos de Bs. As., no es una disciplina nombrada, no se están haciendo ingresos de nuevas prácticas, no hay demandas.

Es muy difícil siendo uno solo desde el interior, el ingreso a estas "empresas de salud" y seguramente con el tiempo y el desarrollo de la Musicoterapia este objetivo pueda concretarse.

El diagrama intenta mostrar una síntesis del problema plantado en esta investigación dentro de la población elegida: paciente con síntomas ortopédicos traumáticos que asisten Centro Traumatólogo Bariloche. Marca la tendencia de derivaciones, los filtros que se van dando en la cadena y los resultados finales.